DE LA PONCTION PROSTATIQUE

DE LA VESSIE

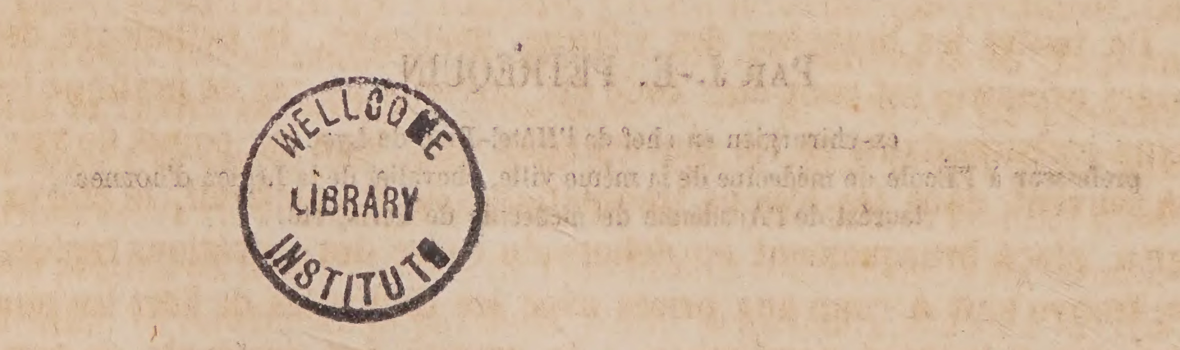
ET DE LA RESTAURATION DE L'URÈTRE

DANS UN CAS DE

DESTRUCTION ÉTENDUE DE CE CANAL PAR UNE CONTUSION DU PÉRINÉE ;

PAR J.-E. PÉTREQUIN,

ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon,
professeur à l'École de médecine de la même ville, chevalier de la Légion d'honneur,
lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc.



Paris.— Imprimé par E. Thunot et Cᵉ, rue Racine, 26, près de l'Odéon.

EXTRAIT
de la Gazette Médicale de Paris. — Année 1859.

DE LA PONCTION PROSTATIQUE

DE LA VESSIE

ET DE LA RESTAURATION DE L'URÈTRE

DANS UN CAS DE

DESTRUCTION ÉTENDUE DE CE CANAL PAR UNE CONTUSION DU PÉRINÉE.

De toutes les branches des sciences médicales, la pathologie des voies urinaires est peut-être celle qui présente les cas de pratique les plus embarrassants et les plus épineux sous tous les points de vue; là souvent, dans les lésions traumatiques de cet appareil, le chirurgien, placé brusquement en dehors du cadre des opérations réglées, se trouve tout à coup aux prises avec les difficultés de l'art les plus grandes et les plus nombreuses : la gravité des accidents en eux-mêmes, la multiplicité des complications, l'imminence de complications nouvelles expliquent l'urgence des indications à remplir en présence d'organes altérés ou détruits, de fonctions profondément compromises, et des dangers qui menacent l'existence même du blessé; il faut à la fois parer aux nécessités du présent et aux besoins de l'avenir.

Tel est le fait de certaines contusions violentes du périnée : des accidents locaux et généraux surgissent simultanément ; le traumatisme a profondément endommagé cette région ; il s'ensuit une rétention

complète d'urine ; l'urètre est comme broyé et détruit dans une partie de son étendue; il y a impossibilité de sonder le malade; l'ecchymose et l'engorgement, toujours croissants, du périnée et du scrotum donnent à craindre une fonte purulente ou une gangrène de ces parties. Les besoins d'uriner deviennent de plus en plus pressants et douloureux ; et il ne faut pas se dissimuler que la ponction de la vessie n'est alors qu'une opération palliative, ne faisant rien contre le mal lui-même et laissant d'ailleurs le patient exposé à plus d'un danger; bientôt la fièvre s'allume ; une soif vive, qu'on ne peut ni ne doit satisfaire vient ajouter aux souffrances ; le ventre devient tendu et douloureux, la peau chaude, le pouls fébrile; il s'y joint de l'agitation, une inquiétude et une angoisse inexprimables. Il y a imminence d'une fièvre urineuse, avec tous les accidents qu'elle entraîne.

En 1844, j'ai proposé, pour certains cas de ce genre, et pratiqué une opération particulière, la *périnéotomie*, dans le but : 1° de modérer l'inflammation traumatique, 2° de dissiper l'infiltration sanguine, 3° de prévenir l'infiltration urineuse en créant une voie directe à l'écoulement de l'urine, 4° enfin, de prévenir les accidents généraux qui sont la conséquence de cette dernière. (Voy. ma CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, 1850, p. 49.) Je dois à cette méthode la guérison de plusieurs malades, et je sais que, depuis lors, entre les mains d'autres chirurgiens, elle a produit d'heureuses cures.

Dans l'observation qui va suivre, j'ai dû procéder différemment. Ce fait n'était pas commun si l'on en juge par ces paroles de M. Velpeau dans le TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (t. IV, p. 726) : « La nécessité de faire à la vessie une solution de continuité pour donner issue aux urines est si rare aujourd'hui que M. Roux, M. Mott et nombre d'autres praticiens très-répandus ne l'ont jamais rencontrée. » Ma communication se recommande par deux points principaux, d'abord la création d'un mode opératoire particulier pour la ponction de la vessie, ensuite la reconstitution de l'urètre détruit dans une partie de son étendue. Entrons dans les détails.

CONTUSION PROFONDE DU PÉRINÉE ; DESTRUCTION DE L'URÈTRE DANS UNE ÉTENDUE DE 3 CENTIMÈTRES ; RÉTENTION COMPLÈTE D'URINE ; PÉRINÉOTOMIE ET PONCTION PROSTATIQUE DE LA VESSIE ; COMPLICATION DE GANGRÈNE COMMENÇANTE, D'INFILTRATION SANIEUSE, DE FIÈVRE URÉTRALE, D'ABCÈS, ETC. ; RECONSTITUTION DE L'URÈTRE ; GUÉRISON.

OBS. — Le 1er juin 1858, M. X., propriétaire, âgé de 68 ans, demeurant à

la campagne, fait une chute violente en tombant à califourchon sur un morceau de bois. La contusion du périnée est suivie d'un peu d'écoulement de sang par l'urètre, et, presque immédiatement, d'une vaste ecchymose qui s'étend rapidement sur les bourses, la verge, tout le périnée et le haut des cuisses jusqu'au pubis. Il y a rétention complète d'urine. M. Duviard, appelé de suite, fait une première tentative de cathétérisme, mais sans succès. Le lendemain, M. Brou, réuni à lui en consultation, essaye de nouveau, mais en vain, de faire pénétrer une sonde dans la vessie. Une longue incision est pratiquée sur les bourses pour en favoriser le dégorgement. Mais d'ailleurs la rétention d'urine persiste, et l'état du malade empire.

Ce fut alors que MM. Duviard et Bron m'appelèrent en consultation ; je ne pus m'y rendre qu'à dix heures du soir. Je trouvai le blessé plié en deux sur son lit, tourmenté par un hoquet très-fatigant et en proie à une soif vive qu'on trompait à l'aide d'un morceau de glace qu'il laissait fondre dans sa bouche ; les besoins d'uriner étaient fréquents, très-douloureux et sans résultat, le ventre tuméfié, l'hypogastre endolori, la peau chaude, le pouls fébrile, les bourses et le périnée envahis par une énorme tuméfaction noirâtre. Je constatai que l'urètre était détruit dans une portion de son étendue sous le pubis, que toutes les parties molles y étaient broyées et partiellement réduites comme en bouillie, et qu'il y avait impossibilité de retrouver le bout profond du canal et d'accomplir le cathétérisme.

Une opération était indispensable; elle fut remise au lendemain matin, à la fois pour préparer les instruments nécessaires, et enfin dans l'espoir que l'incision périnéo-scrotale, aidée d'un grand bain prolongé, de cataplasmes et du repos au lit, pourrait peut-être, en donnant au dégorgement le temps de se prononcer davantage, permettre à la sonde de retrouver la partie profonde de l'urètre où à l'urine de servir de guide en s'écoulant. Il fallait peu compter sur l'un et l'autre résultat, comme l'événement le prouva surabondamment, et l'on devait se tenir prêt à opérer le malade.

Or, que devait-on faire? Il y avait, selon moi, deux indications principales à remplir dès le début : 1° prévenir l'infiltration urineuse et ses fâcheuses conséquences ; 2° évacuer l'urine.

En pareille occurrence, la première idée qui se présente à l'esprit, c'est de recourir à la ponction de la vessie par l'un des procédés classiques ; mais, avec un peu de réflexion, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'aucun d'eux n'offre les ressources dont on a besoin, ni ne peut, en compensation des inconvénients qui leur sont propres, réaliser une médication curative.

Ainsi la *ponction par l'hypogastre*, sans parler de ses dangers (j'ai vu mourir plusieurs malades opérés de la sorte), est très-incommode pour l'écoulement des urines et pour les injections vésicales. M. Velpeau la regarde comme contre-indiquée dans les contusions qui s'étendent à la région hypogastrique, et il ajoute : « Elle doit plus exposer qu'aucune autre aux infiltra-

tions, aux abcès urineux. La vessie étant ouverte par sa face antérieure ne se vide qu'avec peine, ne supporte pas aussi bien la présence d'une canule. » (MÉDECINE OPÉRATOIRE, t. IV, p. 735.)

La *ponction par le périnée*, exécutée d'après les procédés connus, est de sa part l'objet d'une verte critique : « Elle est, dit-il, incomparablement moins sûre que par l'hypogastre, et menace les vésicules séminales ou l'urètre comme par le rectum. Elle peut tomber trop en avant, entre le pubis et la vessie, ou trop en arrière et pénétrer dans le cul-de-sac péritonéal ou l'intestin, n'arriver dans le réservoir distendu qu'après en avoir labouré les parois. Les vaisseaux du périnée, la prostate, ne sont pas non plus à l'abri de l'instrument. Les infiltrations et les abcès ne sont pas impossibles, etc. » (*Ibid.*)

La *ponction par le rectum*, selon la méthode de Flurant (de Lyon), eût été préférable, mais elle n'est pas non plus sans inconvénient : « L'instrument, objecte M. Velpeau, peut s'échapper entre la vessie et le rectum, dans le tissu cellulaire pelvien, ouvrir le péritoine quand cette membrane descend trop près de la prostate ou qu'on pique un peu trop haut, blesser les canaux déférents, les vésicules séminales, les uretères mêmes si on l'applique trop bas ou latéralement..... Enfin, la plaie peut rester fistuleuse, permettre aux humidités stercorales d'entrer dans la poche urinaire et causer des accidents funestes. » (*Ibid.*) Il est vrai de dire que la plupart de ces difficultés peuvent être vaincues par une main exercée, et que ces suites fâcheuses ne sont pas toutes inévitables ; mais il est incontestable que la canule ne soit exposée à se déranger dans les efforts de défécation et les divers mouvements du malade, et qu'elle ne soit fort gênante pour l'administration des lavements, les évacuations alvines, la prise de grands bains, de bains de siége, et par-dessus tout cela qu'il y ait imminence de fistule consécutive.

En somme, les diverses ponctions de la vessie, je le répète, ne sont que des ressources palliatives dans ces cas, et ne peuvent compenser leurs dangers par des résultats curatifs qu'elles ne donnent pas. Elles ne s'adressent ni à la cause ni à l'essence de la maladie, comme on va le voir par ma rapide esquisse.

La gravité des accidents qu'entraînent les contusions profondes du périnée s'explique par la constitution anatomique de cette région : « On en trouve la source dans la disposition et la multiplicité des aponévroses périnéales et dans les rapports de l'urètre avec ces lames fibreuses; ainsi, tandis que, dans l'état normal, elles constituent une barrière protectrice pour le conduit urinaire, elles deviennent au contraire, dès qu'il a éprouvé une solution de continuité, un obstacle au libre écoulement des fluides à l'extérieur, et servent de plan conducteur aux épanchements divers, urineux ou purulents, qui se développent. De là l'extension rapide qu'ils peuvent acquérir et les accidents redoutables dont ils se compliquent. Or jusqu'ici les auteurs se sont princi-

palement occupés de les combattre quand déjà ils existent; et souvent c'est alors trop tard. » (Voy. CLINIQUE CHIRURG. DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, 1858.) En effet, Chelius (CHIRURG.), Vidal de Cassis (TRAITÉ DE PATHOL. EXT., 1841, t. V), A. Bérard (DICT. DE MÉD., t. XXX), etc., proposent alors les incisions contre l'infiltration urineuse, et cette pratique est bien entendue, et elle est impérieusement commandée quand le mal existe; mais je ferai remarquer qu'en ceci l'art ne se montre que tardivement palliatif et reste souvent impuissant : aussi la léthalité avouée (Voy. Vidal de Cassis, *ibid.*, p. 270) de ces lésions est-elle très-grande, et la plupart des contusions profondes du périnée, qu'on observe dans les hôpitaux, ont-elles en général une terminaison funeste; il importe bien plus de prévenir ces accidents que d'attendre leur invasion pour les combattre; il m'a semblé plus rationnel de présumer que l'art serait plus efficace si, s'élevant à un degré de plus, il prenait l'initiative et se montrait prophylactique. C'est dans ce but que, dès 1844, j'ai, dans les contusions profondes de cette région avec rétention d'urine et large ecchymose périnéo-scrotale, proposé la périnéotomie jusqu'à la portion prostato-membraneuse de l'urètre. Je pratique, comme dans la taille médiane, une incision sur le raphé périnéal que j'attaque dans la région membraneuse, avec le soin d'ajouter un léger débridement prostato-membraneux, pour ouvrir une voie directe et facile à l'écoulement du fluide urinaire.

Cette opération pouvait peut-être réussir chez notre malade, et ce fut le procédé auquel je m'arrêtai; mais il ne fallait pas se dissimuler que la manœuvre opératoire était, dans ce cas particulier, d'une exécution très-difficile, non-seulement à cause de l'infiltration sanguine qui donnait à cette région un volume et une épaisseur considérables, de sorte que la profondeur du périnée et du col vésical en était de beaucoup augmentée, mais encore en raison de ce que la portion profonde de l'urètre était cachée et comme introuvable au milieu des tissus altérés, et qu'on ne pouvait se guider sur un cathéter cannelé, dans l'impossibilité absolue du cathétérisme.

Il fallait se tenir prêt à toute éventualité; de deux choses, l'une : ou bien la périnéotomie devait réussir complétement, et alors du même coup on satisfaisait aux deux premières indications curatives que nous avons formulées plus haut; ou bien elle devait échouer dans la recherche de l'urètre, et alors il fallait sur-le-champ prendre un parti décisif; et, même dans cette dernière hypothèse, je ferai remarquer en ma faveur que le premier temps de notre opération réalisait une modification que Sabatier lui-même veut qu'on apporte à la paracentèse périnéale de la vessie, comme Garengeot l'avait indiqué pour la taille latérale de Foubert : « Peut-être, dit-il, dans sa MÉDECINE OPÉRATOIRE (édit. de Sanson et Bégin, 1832, t. II, p. 388), l'opération serait-elle plus sûre si on commençait par faire une incision profonde au périnée, comme dans l'appareil latéral, et si on ne plongeait le trois-quarts dans la vessie qu'après s'être bien assuré de sa situation et après avoir reconnu la fluctuation qu'elle

présente. » Ainsi ce premier temps amoindrit singulièrement les dangers de la paracentèse périnéale (1); Sabatier va plus loin ; il en signale les avantages particuliers d'une manière fort explicite, en disant : « La plus grande utilité de l'incision préliminaire au périnée serait de prévenir l'effet de l'infiltration urineuse, en donnant une voie libre aux urines à mesure qu'elles sortent de la vessie, et peut-être de dissiper plus tôt l'inflammation de ce viscère et l'engorgement, sanguin et ensuite purulent, dont cette incision serait nécessairement suivie. » (*Ibid.*, p. 389.)

Le premier temps de notre manœuvre était donc justifié par une autorité imposante; et je puis ajouter que cette pratique paraît adoptée en Angleterre, où l'incision préalable a été exécutée de diverses manières par A. Cooper, Ch. Bell et Brander.

Voici comment je me proposais d'accomplir le deuxième et dernier temps de l'opération. J'avais reconnu chez notre malade que la prostate était développée et plus volumineuse qu'à l'ordinaire ; chez lui, elle gênait même la miction avant l'accident, et depuis longtemps il ne pouvait satisfaire au besoin d'uriner que lentement et avec peine, et en variant l'attitude du tronc. J'imaginai donc de ponctionner la vessie par la prostate. Mais pouvait-on, devait-on suivre cette voie? Je ne cacherai pas que les auteurs ne sont point favorables à cette manière d'agir, qu'ils s'accordent à condamner : « Il peut, dit Bertrandi, survenir à la prostate une tumeur qui, occupant presque tout l'espace qui est entre la symphyse du pubis et l'intestin rectum, rende la ponction ou l'incision qu'on y voudrait faire, très-peu sûre. » Et il s'explique en faisant entrevoir que, dans ce cas, pour éviter la prostate, « on n'aurait pas pu y faire la ponction ou l'incision, sans courir très-grand risque d'offenser la partie postériuure de la vessie et même l'intestin rectum. » (TRAITÉ DES OPÉRATIONS, art. *De la ponction du périnée*, p. 83.) Lassus, qui représente l'école de Desault, veut aussi, pour éviter la prostate, que « l'instrument pénètre dans la vessie, entre son col et l'embouchure de l'urètre. » (MÉD. OPÉR., t. I, p. 292.) Sabatier est plus explicite encore; il y voit un danger de mort, et professe que « en frayant une voie aux urines à travers la prostate, on augmente l'inflammation dont ce corps glanduleux était attaqué, et qu'on

---

(1) « Le chirurgien, dit Sabatier, ne peut avoir trop d'attention à ne pas lever ou baisser le manche de cet instrument (trois-quarts) : s'il le tient élevé, il court risque d'en porter la pointe entre le rectum et la vessie ; s'il est abaissé, cette pointe passe entre la prostate et le pubis, etc. » (MÉDECINE OPÉRATOIRE, p. 387.) Lassus ajoute : « Foubert, qui devait être un peu plus exercé qu'un autre dans cette opération, avoue l'avoir faite sans succès deux ou trois fois, le trois-quarts n'ayant point percé la vessie. » (Lassus, MÉD. OPÉR., t. I, p. 293.)

rend la maladie, sinon mortelle, au moins beaucoup plus difficile à guérir. » (*Op. cit.*, p. 386.) Aussi recommande-t-il avec insistance d'incliner le trois-quarts, « pour que sa pointe s'écarte en dehors et qu'*elle n'aille pas traverser la prostate.* » (*Ibid.*, p. 387.) M. Velpeau remarque que Dionis prolongeait son incision en dehors, comme dans la lithotomie par la méthode de F. Jacques, « afin de ménager la prostate. » (MÉD. OPÉR., t. IV, p. 727.) Depuis lors, on voit les auteurs répéter successivement cette défense ; M. Coster dit : « La ponction par le périnée exige beaucoup de précaution pour *éviter la lésion de la prostate* » (MANUEL DES OPÉRATIONS, 3e édit., 129, p. 345) ; et il met cette lésion sur la même ligne que celle des conduits déférents, des vésicules séminales, de l'urètre et du rectum. MM. C. Bernard et Ch. Huette, dans leur PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (1846, p. 338), font observer que, si l'on ne procède pas avec beaucoup de soin, « dans la ponction périnéale, on est exposé à blesser la prostate et les vaisseaux du périnée, etc. »

Certes cette réprobation générale est loin d'être encourageante ; et il y avait lieu de revenir sur la tentative que je projetais. Examinons donc cette question de nouveau : et d'abord je ne prétendais nullement que la ponction de la vessie par la prostate fût sans aucun danger ; on sait trop bien que toutes les opérations peuvent être dangereuses ; mais ces dangers, ne les a-t-on pas exagérés pour celle dont il s'agit ? Remarquons qu'aucun des auteurs précités ne rapporte des faits, et que leur prohibition n'est point fondée sur l'expérience clinique, si bien qu'ils ont pu se répéter successivement sans avoir contrôlé les choses par eux-mêmes. De mon côté, voici des observations sur lesquelles j'ai cru pouvoir m'appuyer pour combattre cette proscription, ce semble, trop absolue : j'ai plusieurs fois trouvé, à l'autopsie, des prostates qui avaient été perforées par des sondes et qui étaient parfaitement cicatrisées ; j'en ai vu d'autres qui étaient encore le siége d'une fausse route que n'avait accompagnée aucun accident durant la vie. Ajoutons que, dans les divers procédés de taille périnéale, la prostate est toujours attaquée, et ce n'est pas cette lésion qui fait le péril de la taille médiane, ni de la taille latéralisée, ni de la taille bilatérale ; j'ai montré ailleurs (Voy. mon ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, 2e édit., art. *Périnée*, p. 429) que les plus grands dangers proviennent alors de ce qu'on dépasse les limites de la glande et de ce qu'on ouvre les aponévroses qui, dans l'état d'intégrité, forment une puissante barrière aux infiltrations. Je me crus donc autorisé à conclure que, dans la paracentèse périnéale, il pourrait y avoir, comme dans la taille périnéale, avantage à rester dans les limites de la prostate ; l'opération n'exposerait pas aux infiltrations et porterait sur un plan solide ; la canule d'abord et la sonde ensuite s'y trouveraient plus fermes et mieux fixées ; et avec le soin d'éviter les autres organes qu'il faut respecter, la ponction périnéale réaliserait les avantages que le professeur Roux, qui d'ailleurs n'en est pas partisan, est forcé de lui reconnaître quand il dit : « Elle a ceci d'avanta-

geux qu'elle se pratique dans le lieu le plus déclive de la vessie, et sur une partie de cet organe dont la position fixe ne peut changer par le retour des parois vésicales sur elles-mêmes. » (DICT. EN 30 VOL., t. XXVII, p. 513.) Ajoutons que l'instrument, laissé en place pour favoriser l'écoulement de l'urine, permettrait avec la plus grande facilité l'usage quotidien des injections vésicales dont on a toujours besoin, dans ces cas, et ne gênerait ni la défécation ni l'administration des lavements.

Je passai une partie de la nuit à réfléchir à ces diverses questions. Le lendemain matin, je me rendis de bonne heure auprès du malade; les choses étaient dans le même état, et les accidents devenaient plus menaçants encore. J'exposai sommairement mon plan opératoire à mes deux confrères qui l'adoptèrent. Deux points les préoccupaient encore : 1° qu'allait devenir l'urètre? 2° une fois ce canal retrouvé, que deviendrait la voie artificielle établie dans la prostate? Or l'urètre restait intact; je le ménageais en opérant dans la partie latérale et un peu antérieure de la prostate, ce qui nous éloignait encore des vésicules séminales et des canaux déférents, qu'on s'expose à blesser dans les autres procédés; et à un jour donné le canal devait, ou bien reprendre son action et se manifester par un jet urineux à la suite d'un besoin pressant, ou tout au moins révéler sa présence par le suintement de quelques gouttes d'urine; et alors on était mis sur la voie pour retrouver son ouverture et arriver au cathétérisme direct de la vessie par le conduit naturel. Ce résultat obtenu, qu'allait devenir la voie artificielle créée par l'opération à travers la prostate? Le voici : du moment qu'on en aurait enlevé l'instrument pour le replacer dans l'urètre, l'ouverture prostatique devenant sans usage et n'étant d'ailleurs plus maintenue ni par une canule à demeure ni par l'introduction réitérée de la sonde deux à trois fois par jour pour satisfaire aux besoins de la miction, cette ouverture reviendrait sur elle-même et se refermerait assez vite; notons, en outre, que la compression excentrique exercée par la sonde placée à demeure dans le véritable canal viendrait encore aider à cette occlusion. On va voir que l'événement a justifié ces prévisions, d'ailleurs rationnelles en théorie.

Notre opération ainsi connue devait satisfaire à une première série d'indications, et avec l'aide d'un traitement médical, remédier aux accidents de la première période de la maladie. Quant aux moyens de remplir les indications de la seconde période, à savoir la reconstitution de l'urètre partiellement détruit, c'est ce que nous étudierons plus loin.

Le 3 juin, M. X est endormi avec l'éther. Je fais une nouvelle tentative de cathétérisme : j'emploie d'abord des sondes en gomme élastique; elles ne peuvent pénétrer, et je constate avec toutes qu'elles sont déviées à gauche au niveau du pubis, et à droite au niveau du perinée. J'agrandis l'incision périnéale et je la creuse dans le même sens que pour la taille médiane; j'enlève avec les doigts une quantité de caillots noirs accumulés dans les

bourses. Je tente alors un dernier essai de cathétérisme avec une sonde en argent, puis avec une sonde Mayor, enfin avec un cathéter; ces instruments parviennent à une grande profondeur, mais sans pénétrer dans la vessie, et leur pointe s'égare dans une cavité formée par l'attrition des parties molles sous le pubis, où il est possible de les sentir à nu avec le doigt, et même de les voir à travers la plaie. Au milieu de ce détritus nous cherchons en vain le canal qu'il est impossible de reconnaître

Alors mettant à profit la périnéotomie approfondie jusqu'au niveau de la région membraneuse, je m'apprêtai à pratiquer la ponction de la vessie. Je m'étais muni d'un trocart courbe que j'ai fait construire sur le modèle de celui de Flurant, et dont je me sers pour la ponction des abcès, la paracentèse des hydropisies et de l'hydrocèle, et qui remplit l'office de trocart perforateur, de porte-séton et de porte-mèche. (Voy. ma CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, p. 27) J'introduisis l'index gauche dans le rectum pour conduire l'instrument à travers la prostate sans blesser l'intestin, pendant que le pouce et le médius de la même main s'appliquaient sur le périnée pour fixer sa marche en écartant les bords de l'incision. Aussitôt, saisissant la canule du trocart de la main droite, j'engageai la pointe dans le fond de la plaie et je l'enfonçai lentement et avec précaution dans la portion latérale et un peu antérieure de la prostate. Cette manœuvre réussit parfaitement. Dès que je sentis la dernière résistance vaincue, ce qui n'eut pas lieu sans peine, j'enlevai le mandrin et l'on vit sortir par jet une grande quantité d'urine sanguinolente. La canule fut laissée à demeure et fixée par des lacqs. Le malade fut réveillé; il se trouva très-soulagé. La journée fut bonne; il y eut peu de fièvre. (Tisane émolliente, lavements de guimauve, potion calmante, diète, injections quotidiennes d'eau de mauve dans la vessie, lotions sur la plaie avec décoction de quina camphrée, quelques grands bains additionnés de quina.)

La suppuration s'établit vite, mais elle devient sanieuse, d'une odeur infecte; on redoute la gangrène ou des phénomènes d'infection purulente. L'opéré est souffrant, il paraît s'affaiblir. Le 6 juin, on fait une première application de chlorure de zinc qui, ayant paru insuffisante, est suivie d'une seconde le lendemain. La plaie se trouve desséchée et n'exhale plus de mauvaise odeur; l'état général de l'opéré s'est amélioré. La canule du trocart est remplacée le quatrième jour (7 juin) par une sonde en gomme. Le lendemain on permet quelques aliments; la digestion s'opère bien; le hoquet cède; la langue est bonne ainsi que la peau et le pouls.

Le 10, les escarres, détrempées par les injections et les bains, commencent à tomber; la plaie se présente avec un rose pâle. On pénètre, avec le doigt, dans plusieurs anfractuosités des bourses qui ont été cautérisées par le chlorure de zinc.

Le 14, on excise dans le fond de la plaie quelques portions d'escarre qui paraissent provenir de la cautérisation d'un tissu fibreux; après cela,

MM. Duviard et Bron introduisent une petite sonde élastique dans une anfractuosité qui se trouvait à environ 1 centimètre du canal créé par la ponction, et elle pénètre dans la vessie. La voie artificielle est dès lors abandonnée, et la sonde maintenue à demeure dans le vrai canal. Ce changement, qui eut lieu le onzième jour de l'opération, s'est fait sans douleur et sans difficulté. Faisons remarquer que dès ce moment il ne s'est pas écoulé une goutte d'urine par l'ouverture du trocart.

Le 17 juin, une injection, pratiquée dans la portion antérieure de l'urètre, ressort dans la plaie périnéale par un jet (une tentative de cathétérisme avait échoué le 10). Cette petite manœuvre, en nous montrant les deux ouvertures des deux portions du canal, *nous prouve que l'urètre manque en totalité dans une étendue de près de 3 centimètres.* (F. Bron, DE LA FIÈVRE URÉTRALE, 1858, page 22.)

Ici se présentait la seconde indication curative à remplir, à savoir la reconstitution de l'urètre détruit. J'avais nourri l'espoir d'arriver à la formation de toute pièce d'un conduit nouveau qui rétablirait la communication interrompue entre ses deux extrémités, et cela en le montant sur une sonde à demeure; mais le moment n'était pas encore venu.

Le 18 juin, M. Duviard qui voyait le malade tous les jours, passe une sonde dans toute la longueur du canal; elle reste en place jusqu'à ma visite du 21, et peut-être pour complaire au désir du malade, mes confrères auraient-ils cédé à ses vives instances; mais la cicatrisation de la plaie du périnée me paraissait trop peu avancée, il y avait lieu de craindre que la présence prolongée de la sonde dans l'urètre ne fatiguât M. X et ne lui donnât la fièvre, dont il semblait éprouver déjà quelques atteintes. L'instrument fut remis seulement dans la portion postérieure (on sondait et l'on injectait l'antérieure par intervalle), et même le 23 nous jugeâmes à propos de l'enlever définitivement; dès ce jour, on ne passe plus la sonde que pour faire uriner M. X. On continua ainsi jusqu'au 15 juillet, laissant à la plaie du périnée qui est très-belle le temps d'avancer sa cicatrisation le plus possible. A partir de ce jour, on passe la sonde dans toute l'étendue de l'urètre chaque fois qu'on fait uriner le malade, et on l'y laisse à demeure une heure ou deux, et même plus, à la fois pour prévenir le rétrécissement qui commence à se former et pour favoriser la reconstitution du nouveau canal qui devra se mouler sur l'instrument.

Ces manœuvres n'eurent pas lieu sans quelques accidents; il y eut plusieurs accès de fièvre urétrale assez intenses pour donner des inquiétudes et réclamer des soins particuliers. (Lavements au quinine; pilules de quinine, etc.) Le premier accès bien caractérisé parut le 23 juillet; il en revint d'autres le 26, le 30 juillet, le 1er et le 2 août. Sous l'influence de cet état et du passage des sondes, il se développe une inflammation diffuse de la verge et des bourses; toute cette région est tuméfiée, d'un rouge violacé et douloureuse au

toucher. Le cathétérisme est difficile et pénible; il y a de la fièvre; il se forme un petit abcès le long du canal, à la partie inférieure de la verge, près des bourses; il s'ouvre le 5 août dans l'intérieur de l'urètre; il sort beaucoup de pus par le méat. Le passage de la sonde n'est plus aussi douloureux, et peu à peu les parties reviennent à leur état normal.

Malgré ces diverses complications, nous avions fait dans l'intervalle de grands progrès. Jusqu'au 25 juillet il fallait, pour faire pénétrer la sonde dans la portion postérieure du canal, introduire le doigt dans la plaie périnéale afin de guider l'extrémité de l'instrument, alors la cicatrisation étant plus avancée, cette précaution devient impossible et cesse d'être utile : la sonde, poussée par le méat, suit la direction de l'urètre et s'engage d'elle-même dans le bout postérieur. Cette circonstance est importante à signaler, car elle nous permet d'espérer la réalisation de notre idée première, c'est-à-dire la formation de toute pièce d'un nouveau canal à l'aide de la cicatrisation de la plaie périnéale qui maintenant nous laisse moins de crainte de voir une fistule urinaire persister dans cette région. Il ne fallait pas perdre de vue le double rétrécissement dont l'imminence était toujours croissante : M. Duviard qui visitait le malade chaque jour et qui pratiquait souvent le cathétérisme, avait fort bien remarqué que l'obstacle qu'on rencontrait à l'ouverture postérieure de la portion antérieure du canal, se sentait d'autant mieux qu'il était resté plus longtemps sans y passer la sonde. (M. F. Bron a donné en raccourci cette observation exclusivement sous le rapport de la fièvre urétrale; cela explique pourquoi il a cru devoir négliger les diverses questions opératoires qui, à mes yeux, en sont la partie principale. J'avertis que pour le reste, j'ai pris soin de citer ses propres expressions quand je l'ai pu, afin de montrer notre complet accord dans les détails, bien que nous eussions chacun étudié le fait à des points de vue bien différents.)

Ainsi, d'un côté, nous avions à nous occuper sans relâche de prévenir un double rétrécissement qui était imminent, et de combattre la fièvre urétrale dont les accès reparurent avec opiniâtreté jusqu'au milieu de septembre; ils s'accompagnèrent de dégoût, de céphalalgie et de prostration très-grande. M. X qui avait supporté avec beaucoup de fermeté les opérations diverses que nous lui pratiquâmes, et traversé avec un courage héroïque la première période de la maladie, tomba à plusieurs reprises dans le découragement et une démoralisation complète. D'un autre côté, nous avions à combler la large cavité que la contusion avait, par l'attrition des parties molles, creusée dans les bourses, sous le pubis et dans tout le périnée, et dont les effrayantes dimensions en étendue et en profondeur n'étaient que trop de nature à faire craindre tout d'abord non-seulement de grands obstacles pour la seconde indication curative, mais encore la persistance d'une fistule urinaire.

Dans ce but, on eut soin d'empêcher que jamais il ne passât une seule goutte d'urine par la plaie, et chaque fois que le besoin de la miction se fai-

sait sentir, on introduisait dans l'urètre une grosse sonde qu'on laissait ensuite plus ou moins longtemps à demeure, pour en opérer et en maintenir la dilatation. La plaie était elle-même l'objet de grands soins de propreté : on en favorisait la cicatrisation par des lotions et des injections détersives, et à plusieurs reprises par des attouchements avec la pierre infernale. Le malade fut mis à l'usage du lait d'ânesse et d'un régime analeptique. Les belles journées d'été on transportait son lit dans un jardin pour le faire jouir de l'influence du grand air et du soleil, à l'abri d'une tente. La réparation des forces et de la nutrition s'accomplit lentement, et avec elle un bourgeonnement salutaire dans les diverses anfractuosités de cette plaie contuse qui, en détruisant l'urètre, avait si gravement ravagé l'intérieur des bourses et la profondeur du périnée ; mais il y avait tant à faire, que deux fois le travail de cicatrisation s'arrêta : la nature semblait avoir épuisé ses efforts. Deux fois nous dûmes recourir à une cautérisation superficielle avec la pâte de Canquoin pour raviver la surface de la plaie et y faire renaître des bourgeons charnus plus vivaces. Cette pratique nous réussit : la cavité des bourses et les trajets fistuleux qui traversaient à droite la région scrotale de bas en haut se fermèrent ; la suppuration de l'urètre se tarit, et la plaie du périnée, au lieu d'une large et profonde cavité anfractueuse, ne présenta plus peu à peu qu'une sorte d'infundibulum qui finit lui-même par se réduire aux dimensions d'un canal ouvert à la rencontre de l'urètre vers l'union de sa partie membraneuse avec la partie spongieuse.

Enfin, le 17 septembre, trois mois et demi après l'opération, je trouvai le malade assez bien pour cesser mes visites ; il resta confié aux soins éclairés de M. Duviard, son médecin ordinaire. Toutes les plaies des bourses et du périnée étaient cicatrisées, à l'exception de la petite ouverture dont j'ai parlé ; mais elle était alors tellement rétrécie qu'on pouvait en espérer l'occlusion prochaine. L'opéré avait appris à se sonder et ne manquait pas de le faire chaque fois que reparaissait le besoin d'uriner. Ses forces avaient beaucoup augmenté ; il se promenait dans son jardin ; l'appétit, la digestion, le sommeil, etc., annonçaient le retour à l'état normal. Ainsi, après un traitement long et pénible, traversé par des complications graves, nous pouvions enfin, après avoir eu à lutter contre les plus grandes difficultés de la chirurgie opératoire, compter sur un succès définitif ; et en effet, le 18 novembre notre opéré vint me voir lui-même à Lyon, et j'eus le plaisir de constater son heureuse guérison. J'ai appris récemment (janvier 1859) de M. Duviard qu'il continuait à aller fort bien.

Aujourd'hui l'observation est complète ; elle me semble démontrer victorieusement :

1° Que, dans certaines contusions violentes du périnée avec rétention d'urine et destruction partielle de l'urètre, il peut y avoir avan-

tage à faire la ponction de la vessie par la prostate pour ménager les organes importants, après une incision périnéale préalable pour les motifs que j'ai développés ;

2° Que l'art, en combinant les ressources de la médecine et de la chirurgie, peut, par un ensemble de moyens bien entendus, obtenir la reconstitution intégrale de l'urètre, même quand ce canal a été entièrement détruit dans l'étendue de plusieurs centimètres.

FIN.